20



QUELQUES MOTS

SUR LA

HERNIE LOMBAIRE

à l'occasion d'un fait observé dans le

Service de clinique chirurgicale de M. le prof. BOUISSON

PAR M. GRYNFELTT

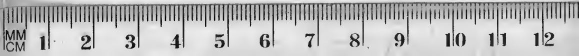
INTERNE DES HÔPITAUX.

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE DE BOEHM & FILS, PLACE DE L'OBSERVATOIRE

Éditeurs du MONTPELLIER MÉDICAL.

1866



QUELQUES MOTS

SUR

LA HERNIE LOMBAIRE

à l'occasion d'un fait

observé dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur BOUISSON.

La médecine est, avant tout, une science d'observation, et, à ce titre, elle repose sur des faits. Un fait négligé est donc une véritable perte, surtout s'il est de ceux qui, se présentant rarement à l'observation, peuvent donner lieu à des erreurs graves de diagnostic, et partant à une intervention nuisible.

De ce nombre est la hernie ventrale, qui se fait entre les fausses côtes en haut, et la partie postérieure de la crête iliaque en bas, entre le bord antérieur du muscle grand dorsal en arrière, et le bord postérieur du muscle grand oblique en avant.

Cette hernie, dite *hernie lombaire*, décrite pour la première fois par J.-L. Petit[1], qui lui a laissé son nom, a été, en effet, souvent méconnue au premier abord, à cause même de sa rareté, et prise, soit pour une collection purulente, soit pour une tumeur lipomateuse.

Dans une observation récemment publiée dans l'*Union médicale*[2], et dont nous donnerons plus loin le résumé, M. le docteur Basset (de Toulouse) nous dit qu'une erreur de ce genre avait failli compromettre la vie d'un jeune homme de 18 ans, qui venait le consulter pour un prétendu lipome dont un autre médecin avait conseillé l'ablation. — Chez la malade dont parle J.-L. Petit, personne ne soupçonnait que la tumeur fût une hernie; les uns la considéraient comme un dépôt laiteux, les autres comme venteuse. — De même, la hernie lombaire observée par

---

[1] *Traité des maladies chirurgicales*, tom. II, pag. 257. Paris, 1783.

[2] *Union médicale* de 1864, tom. II, pag. 578.

Lassus[1] fut prise, un moment, pour un abcès. Heister[2] assure aussi avoir connu un chirurgien qui, s'il ne l'eût empêché, aurait coupé hardiment les téguments de l'abdomen, formant tumeur, et les intestins qui étaient au-dessous. Je dois ajouter cependant que le chirurgien de Helmstædt n'indique pas le siége de cette hernie ventrale.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas moins vrai que les tumeurs formées par la sortie des viscères hors de l'abdomen, par un point où ne s'opère pas d'ordinaire ce déplacement, peuvent donner lieu à une méprise dont les conséquences peuvent être des plus graves. Aussi convient-il d'enregistrer tous les faits qui se rapportent à ce point de pathologie chirurgicale, pour qu'ils servent d'exemples et permettent d'éviter des erreurs toujours préjudiciables aux malades.

Sans doute, le cas de hernie lombaire que nous avons observé dans le service de clinique de M. le professeur Bouisson, et dont nous allons relater l'observation, n'était pas de ceux qui peuvent facilement donner le change ; les caractères de la tumeur étaient trop bien marqués. Mais ce fait nous a suggéré quelques réflexions que nous venons soumettre au jugement éclairé des lecteurs du *Montpellier médical*, d'autant que la hernie lombaire n'est pas étudiée par les classiques avec tous les détails désirables, et que la région où elle se montre n'a pas, ce nous semble, suffisamment fixé l'attention des anatomistes.

Dufayet (Benjamin), âgé de 70 ans, habitant actuellement Montpellier, né à Nimes où il a longtemps exercé sa profession de cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, dans le service de la clinique chirurgicale, alors dirigé par M. le professeur Bouisson, le 12 novembre 1865, pour une contusion étendue, mais peu profonde, des deux membres inférieurs. Il est couché au nº 50 de la salle Saint-Éloi. Sa constitution est profondément affaiblie ; il est affecté d'un tremblement de tout le corps, à la production duquel n'a peut-être pas peu contribué l'abus des

---

1 *Pathologie chirurgicale*, tom. II, pag. 80. Paris, 1806.

2 Novi enim, ego chirurgum aliquem, qui, nisi ego ipsum dehortatus fuissem, intentam abdominis cutem, una à cum subjectis intestinis, pro abcessu audacter concidisset. (*Institutiones chirurgiæ*, pag. 479 ; 1750.)

alcooliques. Dufayet nous dit, en effet, aimer assez à boire. Sa respiration est difficile, les mouvements d'inspiration et d'expiration sont de très-courte durée et peu étendus ; la voix est faible, brève, saccadée ; cet homme a, comme on dit, l'haleine courte. Il éprouve un sentiment d'oppression derrière le sternum ; il tousse habituellement et expectore des crachats opaques, verdâtres, peu aérés. Souvent, la nuit, la gêne de la respiration et la toux augmentent, mais ces accès de dyspnée sont peu intenses. En avant, les espaces intercostaux sont moins déprimés que d'ordinaire, quoique le malade soit considérablement amaigri ; mais il n'y a pas de voussure appréciable du thorax. Sonorité exagérée dans toute la poitrine. Râles sibilants et ronflants mêlés de râles muqueux dans les deux poumons. Le râle humide est surtout perceptible en arrière, à la base du thorax. En avant et en haut, le murmure vésiculaire est assez notablement affaibli. — Somme toute, Dufayet a un emphysème vésiculaire des poumons avec catarrhe chronique des bronches. Mais ce n'est pas à ce point de vue que nous devons examiner ici ce malade.

Il porte, avons-nous dit, de larges ecchymoses sur les deux membres inférieurs. Ces infiltrations sanguines sous-cutanées s'observent principalement en arrière et en dehors des cuisses. Le côté droit offre une coloration ecchymotique plus foncée. Du reste, ces parties sont médiocrement douloureuses à la pression, et les os ne présentent aucun signe de fracture. Il n'y a pas de déformation appréciable à la vue ni au toucher ; tous les mouvements spontanés, quoique lents et douloureux, sont possibles ; une exploration attentive permet de reconnaître l'intégrité parfaite de tous les leviers osseux qui constituent le membre inférieur. Pas de fièvre.

Interrogé sur la cause de ses blessures, — et l'interrogatoire de ce malade n'est pas facile, car il a presque complètement perdu l'ouïe depuis le siége de Pampelune, auquel il a assisté, en 1823, — Dufayet raconte que, se trouvant près de la gare, il a été jeté par terre par des broussailles dont était chargée une petite charrette qui venait derrière lui, et qu'alors une roue de cette voiture lui a passé sur les cuisses. — A coup sûr, cette charrette ne devait pas être bien pesamment chargée, pour ne produire que les lésions superficielles que nous avons signalées.

Quart d'aliments, infusion légère d'arnica pour tisane, application sur les cuisses de compresses trempées dans l'eau blanche.

Nous ne suivrons pas maintenant les changements successifs qui se sont opérés dans les parties contuses, notre but n'est pas de faire une étude sur les contusions. Notons seulement la lenteur avec laquelle s'est faite la résorption du sang épanché, et ajoutons qu'à partir du cinquième jour de l'entrée du malade à l'hôpital, un traitement palliatif a

a été institué contre la maladie de poitrine dont il était depuis longtemps affecté. — Trois quarts d'aliments, lait, tisane d'orge édulcorée, deux pilules de cynoglosse, emplâtre de poix de Bourgogne sur la région sternale. — Du reste, les applications froides sur les cuisses avaient déjà été suspendues.

Arrivons au point de l'histoire de ce malade qui nous intéresse plus particulièrement.

Dufayet était déjà depuis quelques jours à l'hôpital, lorsqu'on découvre, dans la partie postérieure du flanc gauche, une tumeur arrondie, sessile, du volume du poing au moins, un peu aplatie de haut en bas, sans changement de couleur à la peau, indolente même à la pression, molle, fluctuante, sonore à la percussion, facilement réductible, avec ou sans gargouillement, suivant les circonstances, limitée en haut par la dernière fausse côte, en bas par la partie postérieure de la crête iliaque, en arrière par les muscles spinaux et le bord antérieur du grand dorsal, en avant par un relief des muscles larges de l'abdomen moins facile à sentir. Quand elle est réduite, la main exploratrice trouve à sa place un enfoncement très-marqué, et pénètre pour ainsi dire dans la cavité abdominale par une ouverture de cinq ou six centimètres de diamètre environ. La station debout et surtout la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme, la toux, produisent une augmentation très-notable du volume de la tumeur, et si on y applique la main dessus pendant que le malade tousse, on a la sensation très-nette d'une impulsion vers l'extérieur. Le doute ne peut exister : il s'agit bien, dans l'espèce, d'une hernie lombaire, de la hernie connue sous le nom de hernie de J.-L. Petit. L'intestin n'est séparé de la peau que par la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée doublée du fascia propria.

Voulant connaître l'origine de cette hernie, nous avons recours à un stéthoscope privé de sa plaque auriculaire, dont nous nous servons comme d'un cornet acoustique, et nous apprenons, non sans beaucoup de peine, que cette tumeur date de trois ans, qu'elle s'est manifestée quelques mois après un violent coup de poing assené dans le flanc gauche; que, six mois après son apparition, elle a été vue par M. le Dr Réveil, de Nimes, qui prescrivit l'usage d'un bandage contentif. — Quant à la violence du coup de poing, Dufayet, pour en donner une idée, dit qu'il a été obligé de garder douze jours le lit ; mais il ne peut nous informer sur l'époque précise du début de la tumeur, ni sur son mode de développement.

Le coup de poing dont nous venons de parler n'est pas la seule mésaventure qui soit arrivée à ce pauvre malheureux, réduit depuis 1856, époque à laquelle il fit sur le bras droit une chute qui lui laissa ce membre impotent, au métier de marchand ambulant, de chanteur comique dans les cafés.... Mais tous les accidents dont il nous a ra-

conté l'histoire sont bien antérieurs au coup de poing qu'il a reçu dans le flanc gauche, et ne nous paraissent avoir, avec la hernie, aucune relation de cause à effet; aussi les passons-nous sous silence. Ce coup de poing, au contraire, peut être considéré comme la cause déterminante de la sortie des intestins hors de l'abdomen. Il a dû, en effet, produire, au point sur lequel il a été porté, un affaiblissement tel des parois du ventre, qu'elles n'ont pu résister, dans la suite, à la pression excentrique des viscères intra-abdominaux.

Au surplus, Dufayet n'a jamais souffert de sa hernie; jamais elle ne lui a causé d'incommodités, si ce n'est quelques coliques légères d'assez courte durée généralement, et ne venant qu'à intervalles plus ou moins éloignés, lorsque le cours des matières fécales n'a pas sa liberté habituelle. Il reconnaît cependant ne pas se trouver aussi bien depuis qu'il a cessé l'usage du brayer qu'on lui avait donné à Nimes, et sous l'influence duquel la tumeur, alors moins volumineuse qu'aujourd'hui, avait sensiblement diminué de grosseur. — Aussi M. le professeur Bouisson fait-il construire pour ce malade un bandage particulier, des mieux appropriés au cas clinique que nous avions sous les yeux, et qui maintient très-bien la hernie réduite.

Il consiste en une ceinture large de dix ou douze centimètres environ, faite d'un tissu élastique en coutchouc non vulcanisé, recouvert d'une trame de coton, terminée à une de ses extrémités par trois courroies devant s'engager dans trois boucles cousues sur l'extrémité opposée. Sur sa face interne, à gauche, au point correspondant à la hernie, est fixée une pelote à peu près ovalaire, à grosse extrémité tournée en avant, à bord supérieur légèrement concave, pour s'accommoder à la convexité du bord inférieur de la cage thoracique. Cette pelote, reposant sur une plaque métallique de même forme qu'elle, est convexe sur le milieu de sa face interne, afin d'obturer l'ouverture qui a livré passage à la hernie. Elle mesure treize centimètres d'avant en arrière, dix centimètres de haut en bas à sa grosse extrémité antérieure, et six centimètres seulement à sa petite extrémité postérieure.

Muni de ce bandage, Dufayet sort de l'hôpital le 4 décembre 1865, complètement guéri de ses contusions, et avec une amélioration sensible de son catarrhe bronchique chronique. Il est aujourd'hui à l'Hôpital-Général, où nous pourrons l'observer ultérieurement et compléter peut-être l'histoire de sa hernie.

Ce fait, avons-nous dit, a été pour nous l'occasion de quelques réflexions sur la hernie lombaire. Ce qui nous a d'abord frappé, c'est l'extrême rareté de cette lésion. Nous croyons bien que tous les cas observés n'ont pas été publiés; mais il est certain que la

science est peu riche en faits de ce genre. Les nombreuses recherches que nous avons faites dans les principaux traités de chirurgie, dans les monographies sur les hernies, dans la collection de journaux français, anglais, allemands, italiens que possède l'École de médecine, dans les comptes-rendus des Sociétés savantes, ne nous ont fourni qu'un total de dix observations que nous croyons utile de rapporter ici avec quelques détails.

La première observation de hernie lombaire consignée dans les livres, est celle de J.-L. Petit[1], dans laquelle le siége de la tumeur est parfaitement indiqué. — «A la suite des grossesses qui ont dilaté considérablement les muscles du ventre, dit l'auteur du *Traité des maladies chirurgicales*, on a vu des hernies se former en d'autres endroits que l'ombilic et la ligne blanche. J'en ai vu une de la grosseur de la tête d'un enfant, placée entre les fausses côtes et la partie postérieure de la crête de l'os des îles, du côté gauche. Elle disparaissait très-souvent, lorsque la malade était couchée; d'autres fois on était obligé de la presser pour la faire rentrer. Mais un jour que ni la pression, ni la situation n'avaient pu réussir, la malade tomba dans les accidents de l'étranglement, et me fit appeler à son secours. Je trouvai la tumeur beaucoup plus grosse qu'elle ne l'avait jamais été (du moins selon le rapport que l'on me fit). Personne ne soupçonnait que ce fût une hernie : les uns regardaient cette tumeur comme un dépôt laiteux, d'autres la regardaient comme venteuse. Il est vrai que jusqu'alors elle n'avait été accompagnée d'aucun des accidents de la hernie, et que d'ailleurs le lieu où elle était placée n'est pas un lieu ordinaire aux hernies. Mais malgré tout cela, et quoique je n'en eusse jamais vu de cette espèce, les nausées, les défaillances et les vomissements des matières stercorales ne me permirent pas de douter que ce ne fût une vraie hernie qui s'était faite à travers les fibres aponévrotiques du transversal, entre le muscle triangulaire et l'endroit où finissent les obliques. — Les particularités dont cette maladie était accompagnée, méritent bien que j'en donne un détail plus

[1] J.-L. Petit, *loc. cit.*

circonstancié ; mais comme je ne pourrais le faire ici sans m'écarter de mon sujet, je me réserve d'en parler ailleurs.»

La cause, le siége de la hernie se trouvent très-bien indiqués dans cette observation. Nous y voyons aussi l'erreur de diagnostic à laquelle cette tumeur lombaire avait donné lieu, et enfin un cas d'étranglement de cette espèce de hernie ventrale, le seul, disons-le de suite, qui ait été observé jusqu'à ce jour. Nous reviendrons, du reste, plus loin sur toutes ces particularités.

Le second fait, par ordre chronologique, de hernie lombaire que nous ayons trouvé dans les annales de la science, est consigné dans le troisième volume des thèses de chirurgie de Haller. Dans une dissertation sur la hernie ventrale, il est question d'un perruquier porteur de plusieurs hernies abdominales, dont deux occupaient la région des lombes. Mais l'auteur de ce travail a le tort de ne pas assez nettement préciser le siége de ces tumeurs; il dit seulement : *Lateraliter vero, versus regiones lumbares, duo alii tumores magis notabiles conspectui sese sisterent*[1].

Lassus[2], dans le cas de hernie lombaire dont il nous a laissé l'histoire, a eu le même tort. Il se contente de dire que la tumeur siégeait dans la partie latérale droite du ventre. Voici, du reste, le résumé de cette observation : Dans une foule, un homme reçoit un coup de timon de carrosse dans le flanc droit. Il est pris de fièvre, et une tension douloureuse se manifeste « dans la partie latérale droite de l'abdomen ». — Saignée, diète, fomentations émollientes, cataplasmes *loco dolenti*. — Trente jours environ après l'accident, le point sur lequel avait porté le coup devient le siége d'une tumeur large, peu élevée, molle, douloureuse, qui est prise pour un abcès tout d'abord, et sur laquelle l'application de cataplasmes émollients est conseillée. Ce n'est que plus tard que l'erreur fut reconnue, car la tumeur « disparaissait complètement par la plus légère pression de la main ».

---

[1] Lachausse; *De hernia ventrali*, in Thèses de chirurgie de Haller, vol. III, thèse LXVIII.

[2] Lassus, *loc. cit.*

A en croire Malgaigne [1], dont l'érudition n'était pas cependant généralement contestée, et M. Richet [2], qui a accepté avec trop de confiance le dire du savant professeur de médecine opératoire que la Faculté de Paris vient de perdre, les hernies lombaires n'auraient été signalées, depuis J.-L. Petit, que par Pelletan et M. J. Cloquet.— Il y a, selon nous, une double erreur dans cette assertion. D'abord, les hernies lombaires ont été vues par d'autres chirurgiens que ceux cités par Malgaigne et M. Richet; les faits de Lachausse et de Lassus étaient connus quand Malgaigne écrivait son livre d'anatomie chirurgicale, et ceux de MM. Decaisne et Vanvarenberg et de W. Colles avaient été publiées quand parut le *Traité d'anatomie médico-chirurgicale* de M. Richet. En second lieu, dans l'observation de hernie lombaire que Malgaigne et M. Richet attribuent à Pelletan, il n'est fait aucune mention spéciale de ce genre de hernie, et l'auteur est encore beaucoup moins explicite que Lachausse et que Lassus. Cette observation a pour titre: *Écartements et hernies multipliées à la circonférence du ventre, par suite de plusieurs accouchements.* Il y est question d'une femme chez laquelle, « après sept accouchements, les hernies étaient extrêmement multipliées. Le ventre en était généralement bosselé. La femme éprouvait des coliques habituelles et souvent très-douloureuses même, accompagnées de vomissements..... Alors elle se couchait, comprimait son ventre en différents sens, et parvenait à se soulager [3].... ». Comme on le voit, il est difficile de trouver dans cette narration quelque chose qui rappelle l'existence d'une hernie lombaire. Du reste, ce manque de précision se rencontre dans presque toutes les observations du prédécesseur de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu. — Peut-être le fait que nous venons de rapporter n'est-il pas celui auquel font allusion Malgaigne, M. Richet et tous ceux qui, après eux, citent Pelletan comme ayant fait connaître un cas de hernie de J.-L. Petit? S'il en est ainsi, nous regrettons que ces auteurs

---

[1] Malgaigne; *Anatomie chirurgicale*, tom. II, pag. 137. Paris, 1838.
[2] Richet; *Anatomie médico-chirurgicale*, pag. 612, 2e édit. Paris, 1860.
[3] Pelletan; *Clinique chirurgicale*, tom. III, pag. 6. Paris, 1810.

n'aient donné aucune indication bibliographique ; car nous pouvons affirmer que nos recherches dans la Clinique chirurgicale de Pelletan, et dans les journaux de l'époque à laquelle il vivait, ont été impuissantes à nous faire trouver une observation de hernie lombaire nettement spécifiée, publiée par Pelletan lui-même.

Les mêmes doutes ne sauraient être élevés au sujet du fait suivant, qui appartient au vénérable M. J. Cloquet, et qui se trouve consigné dans sa thèse pour la place de chef des travaux anatomiques. Il s'agit bien, dans ce cas, d'une véritable hernie lombaire.

Jean-Nicolas Damours, âgé de 75 ans, ancien domestique, doué d'une bonne constitution, pensionnaire de la maison de retraite de Montrouge, est sujet depuis vingt ans à des aigreurs d'estomac et à de fréquents vomissements.

Le 10 mars 1812, en soulevant un matelas fort pesant, il éprouve dans la région lombaire une vive douleur accompagnée d'un sentiment de déchirement. Sous l'influence de frictions sèches, amendement, puis disparition des douleurs au bout de six semaines.

Le 14 mai suivant, en se levant du lit, Damours ressent au même endroit les mêmes douleurs. A la visite du lendemain : agitation extrême, coliques violentes, nausées, vomissements, constipation. Il y a, dans la région lombaire droite, une tumeur arrondie, peu saillante, sans changement de couleur à la peau, distante de 1 pouce et demi de la dernière côte et de cinq travers de doigt des apophyses épineuses lombaires. Peu douloureuse, rénitente, marronnée, séparée de la peau par une couche épaisse de graisse, cette tumeur adhère par un pédicule fort large aux parties profondes, elle augmente de volume et communique à la main de fortes impulsions par la contraction des muscles abdominaux (toux, éternuement, miction). Une douleur profonde, vive, continue, existe sur le trajet du cœcum et du colon ascendant. Elle augmente par la station debout. Quand le malade est couché, la tumeur rentre facilement par la pression, sans bruit, et à sa place on trouve un enfoncement facile à constater. Alors les douleurs se calment. — Repos, potion opiacée. — Sommeil, diminution des vomissements. — Au bout de huit jours, l'état du malade est satisfaisant, mais de temps en temps surviennent encore des coliques violentes et des nausées. Damours est transporté à l'hôpital Cochin ; là, on lui fait prendre des bains, quelques calmants, quelques antispasmodiques, mais sans beaucoup de succès. — Trois semaines après, Damours revient à la

maison de Montrouge dans le même état qu'il en était sorti. Réduire et maintenir réduite la hernie, était la seule indication à remplir. Avec le consentement de Cayol, médecin en chef de l'hospice, M. J. Cloquet fait donner à son malade une ceinture élastique bouclée, munie d'une pelote arrondie. Les bons effets de ce bandage ne se font pas attendre, Damours se regarde comme guéri [1].

Cette observation est, sans contredit, la plus complète que possède la science, sur la hernie de J.-L. Petit. Rien n'y manque, elle est un modèle du genre.

Vingt ans après que M. J. Cloquet eut fait connaître ce fait, MM. Decaisne et Vanvarenberg publièrent, dans la *Gazette médicale de Paris*, un cas de hernie lombaire survenue chez un enfant de six ans, après une chute de 30 pieds de hauteur, sur des palissades. Cet enfant, Guil. P..., outre trois contusions, dont une avait pour siége l'œil droit, l'autre le côté gauche vers le milieu du sternum, la troisième la région du flanc droit, portait dans le flanc gauche une tumeur facilement réductible, du volume d'un œuf de poule, augmentant par les cris et les efforts du vomissement. Elle fut maintenue par des compresses graduées trempées dans de l'eau froide, soutenues par un simple bandage de corps. Le deuxième jour de l'accident, des symptômes de méningite se manifestent, et l'enfant meurt [2]. L'autopsie n'a pas été faite, que nous sachions.

William Colles, dans *The Dublin quarterly Journal* (mai 1857), parle d'une petite fille de 3 ans qui a dans le flanc gauche une hernie facilement réductible, du volume d'une montre conique. Cette hernie lombaire est congénitale [3].

En 1861, M. le docteur Chappelain (de Marseille) publie un autre cas de hernie de J.-L. Petit :

G...., âgé de 60 ans, journalier, a le corps pris entre un mur et un bras de charrette. Il ne survient aucun accident immédiat, seulement

[1] J. Cloquet; *Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales*. (Thèse pour la place de chef des travaux anatomiques, pag. 4, 5, 6. Paris, 1819.)

[2] *Gazette médicale de Paris*, 1839, pag. 223.

[3] *Gazette médicale de Paris*, 1858, pag. 663.

une douleur constante se fait sentir dans le flanc droit; un mois après, le 11 juillet, G.... est admis dans le service d'hôpital confié aux soins de M. le docteur Chappelain, pour une tumeur occupant la partie latérale droite du ventre. Le malade étant couché, on trouve dans le flanc droit, au-dessus de la crête iliaque, au-dessous de la dernière côte, un sillon longitudinal de la peau, qui est adossée à elle-même par la face épidermique. Là, la main du chirurgien constate sans peine un enfoncement, et au-dessus une mobilité anormale de la dernière fausse côte. Quand le malade est debout, à la place du sillon apparaît une tumeur ovalaire à grand diamètre horizontal, mesurant 7 ou 8 centimètres, à petit diamètre vertical de 5 ou 6 centimètres. Elle est fluctuante comme un abcès froid, elle se réduit avec facilité en faisant entendre un gargouillement caractéristique[1].

M. le Dr Marmisse, vérificateur des décès à Bordeaux, a trouvé, sur le cadavre d'une vieille femme, une hernie lombaire gauche aussi grosse qu'une tête de fœtus à terme. Après informations prises, il nous dit que cette femme, âgée de 62 ans, portait depuis vingt ans sa hernie, sans la contenir d'aucune manière et sans en éprouver la moindre incommodité[2].

Enfin, l'observation la plus récente que possède la science sur la hernie de J.-L. Petit, est celle que M. le Dr Basset (de Toulouse) a publiée dans l'*Union médicale* de 1864, et que nous avons signalée dès la première page de ce travail :

Il y est fait mention d'un jeune homme de 18 ans, grand, fort, robuste, qui se présenta au Dr Basset, dans le mois de février 1864, pour être opéré d'une tumeur de la région postérieure du flanc gauche, qu'un autre médecin avait prise pour un simple lipome, dont il avait conseillé l'ablation. — Cette tumeur, que le malade avait vue se développer vers l'âge de 7 à 8 ans, avait alors le volume d'une pomme ordinaire. Le Dr Basset allait inciser les téguments, quand le souvenir du fait de J.-L. Petit lui vint à l'esprit. Il examina alors plus attentivement la tumeur, et il ne tarda pas à se convaincre qu'il avait affaire à une véritable hernie. Il se contenta donc de prescrire à son malade l'usage habituel d'une simple ceinture de gymnase[3].

Le petit nombre d'observations de hernie lombaire consignées

---

[1] *Gazette des hôpitaux* du 31 août 1861.
[2] *Gazette des hôpitaux*, 1862, pag. 170.
[3] *Union médicale*, 1864, tom. II, pag. 575.

dans les auteurs et dans les feuilles périodiques, prouve assez que le développement de ces hernies a besoin, pour se faire, de certaines conditions anatomiques sur lesquelles nous devons maintenant fixer notre attention.

Rappelons d'abord le point des parois abdominales où se forme la hernie qui fait l'objet de ce travail. Il a été parfaitement indiqué par J.-L. Petit lui-même : c'est entre le bord externe du muscle grand dorsal, des muscles de la masse commune et du carré des lombes, d'une part, et le bord postérieur des muscles grand et petit obliques de l'abdomen, d'autre part, au-dessus de la crête iliaque et au-dessous de la dernière fausse côte.

Eh bien! quels sont les divers plans anatomiques qui entrent dans la composition de cette région des parois abdominales; quel est leur mode de superposition; quel trajet, quelle direction y affectent les vaisseaux et les nerfs? Cette étude nous conduira à la connaissance du mode de formation de la hernie qui a pour siége cette région, à la connaissance des enveloppes de la tumeur, et nous fournira les données nécessaires pour résoudre cette question : Dans quelle direction faudrait-il débrider l'anneau constricteur, si une hernie lombaire venait à s'étrangler, comme chez la femme dont parle J.-L. Petit?

La peau de la région dont nous commençons l'étude, n'offre aucune particularité digne d'être signalée.

Le tissu cellulaire sous-cutané, épais, abondant dans cette région, peut y être facilement séparé en deux couches bien distinctes : une première, immédiatement sous-dermique, plutôt aréolaire que lamellaire, faisant suite à la couche celluleuse sous-cutanée des régions voisines, contenant dans ses vacuoles un grand nombre de petits pelotons adipeux, rougeâtres; une seconde, manifestement disposée en membrane, lamelleuse, en un mot confondue en haut avec le tissu cellulaire sous-cutané de la poitrine et de la région abdominale antérieure et supérieure, venant se fixer en bas sur la crête iliaque. En avant, cette couche se continue dans la région ilio-inguinale et vient s'attacher au ligament de Fallope, mais nous n'avons pas à la suivre dans

cette dernière région. De ces deux couches sous-cutanées, la première constitue la lame superficielle et la deuxième la lame profonde du fascia superficialis.

Après avoir enlevé ces deux couches celluleuses, on arrive sur l'aponévrose d'enveloppe du muscle grand oblique de l'abdomen, membrane cellulo-fibreuse assez résistante, mais assez difficile à enlever sous forme de lame continue, à cause de son adhérence au muscle par de nombreux prolongements qu'elle envoie entre ses faisceaux. En arrière, elle se continue avec la gaîne cellulo-fibreuse du muscle grand dorsal, dont le bord externe recouvre et croise généralement le bord postérieur du muscle grand oblique.

Au-dessous de cette aponévrose d'enveloppe on trouve, dans la région dont il s'agit, les fibres postérieures du muscle grand oblique dirigées en bas et en avant, d'autant plus obliques qu'elles sont plus inférieures. Insérées en haut par trois ou quatre digitations entrecroisées avec celles du grand dorsal, qui les recouvrent, à la face externe des dernières côtes, suivant une ligne qui se porte en bas et en arrière, ces fibres postérieures de l'oblique externe, les seules qui doivent nous occuper, viennent se fixer à la moitié antérieure de la lèvre externe de la crête iliaque. Le plus souvent ce bord postérieur du grand oblique est entièrement recouvert par le bord externe du muscle grand dorsal, dont les fibres affectent une direction tout à fait contraire. Le faisceau iliaque de ce muscle grand dorsal, le seul qui nous intéresse ici, fixé au tiers postérieur de la crête de l'os de ce nom, se porte en effet en avant et en haut, et recouvre complètement le bord postérieur du muscle grand oblique. Dans bon nombre de cas cependant, la superposition du grand dorsal au grand oblique ne se fait qu'à une certaine hauteur, variable du reste, au-dessus de la crête iliaque, et il reste au-dessous de l'entrecroisement de ces deux muscles, dont les fibres suivent une direction contraire, un espace triangulaire plus ou moins étendu, qui laisse voir les fibres du petit oblique situé au-dessous. Ce défaut de superposition du grand dorsal au grand oblique dispose précisément à la formation de la hernie lombaire.

Quand on a divisé le muscle grand oblique par une section perpendiculaire à la direction de ses fibres, et qu'on a rabattu les deux lambeaux, on a sous les yeux le muscle petit oblique ou oblique interne, séparé du précédent par une lame celluleuse qui constitue le feuillet postérieur de l'aponévrose d'enveloppe de ce dernier muscle. Insérées à l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire, et à la partie postérieure de la crête iliaque, par des fibres aponévrotiques qui concourent à former l'aponévrose abdominale postérieure, les fibres charnues postérieures du petit oblique, les seules dont les rapports nous intéressent, se portent en haut et un peu en avant, pour venir se fixer par de courtes fibres aponévrotiques au bord inférieur et au sommet de la dernière côte. Quant aux fibres qui naissent de l'interstice de la crête iliaque, d'autant plus obliques en haut et en avant qu'elles sont plus postérieures, elles se terminent, les supérieures, au bord inférieur des cartilages des neuvième, dixième et onzième côtes, en s'unissant aux muscles intercostaux internes, les autres à l'aponévrose abdominale antérieure; mais nous n'avons pas à suivre ici toutes ces fibres. Ce qu'il nous importe de savoir, c'est que l'aponévrose postérieure du petit oblique n'occupe pas toute la hauteur de la région lombaire; qu'il y a entre cette aponévrose et le bord externe du muscle carré des lombes, un triangle dont le troisième côté est formé par le bord inférieur de la dernière côte, et dont l'aire est occupée par l'aponévrose postérieure du muscle transverse de l'abdomen, sur laquelle nous reviendrons dans un instant. On sait, en effet, que le carré des lombes, né par digitations du bord inférieur de la douzième côte et des apophyses transverses des quatre premières vertèbres lombaires, vient s'insérer au ligament ilio-lombaire et à la partie postérieure de la crête iliaque.— De sorte que, s'il existe déjà un peu d'écartement des bords contigus des muscles grand dorsal et grand oblique, la production de la hernie lombaire se trouve facilitée, surtout si, comme l'a vu plusieurs fois M. Cruveilhier[1], l'insertion du petit oblique à la douzième

---

[1] Cruveilhier; *Anat. descriptive*, tom. I, pag. 522, 6e édit. Paris, 1862.

côte vient à manquer, et si, par ce seul fait, l'aire du triangle lombo-costo-abdominal ci-dessus indiquée se trouve augmentée, l'obliquité en avant de son côté antérieur étant alors plus grande. — Comme on le voit, il faut, pour que la hernie lombaire puisse se former, la réunion de plusieurs conditions dont l'existence est loin d'être fréquente, d'où la rareté de ce genre de hernie.

Mais revenons à la description de la région lombo-abdominale. Au-dessous du muscle petit oblique on trouve le muscle transverse, dont le nom rappelle la direction des fibres. Les insertions postérieures, les seules qui fassent partie de la région en question, se font, en haut, à la face interne des six dernières côtes, par des digitations qui s'entre-croisent avec celle du diaphragme; en bas, aux trois quarts antérieurs de la lèvre interne, de la crête iliaque, par des fibres très-courtes, et entre ces deux points à une aponévrose trifoliée qui le fixe au sommet des apophyses épineuses, au sommet et à la base des apophyses transverses lombaires. Cette aponévrose, qui occupe précisément la région dont nous faisons ici l'étude, et qu'on aperçoit dans l'aire du triangle formé par le bord postérieur du petit oblique, la dernière côte et le bord externe du carré des lombes, est constituée par des fibres à direction antéro-postérieure, assez peu résistantes, se laissant facilement érailler, au-dessous desquelles on voit très-bien se dessiner les anses intestinales, et entre lesquelles passent de petits faisceaux vasculoso-nerveux, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure. — Des trois feuillets de terminaisons de cette aponévrose, le superficiel passe entre le grand dorsal et les muscles spinaux dits de la masse commune, se confond avec l'aponévrose du premier, et se fixe aux apophyses épineuses des vertèbres lombaires ; le moyen sépare les derniers de ces muscles du carré des lombes, et s'insère au sommet des apophyses transverses des mêmes vertèbres; le profond, enfin, passe au-devant du carré des lombes, et va s'attacher à la base de ces mêmes apophyses transverses.

Au-dessous du muscle transverse apparaît le tissu cellulaire sous-péritonéal, tassé chez quelques sujets en véritable membrane cellulo-fibreuse que l'on a appelée *fascia propria*.

Enfin, au-dessous de cette couche celluleuse on rencontre le péritoine et la masse intestinale.

Les vaisseaux de cette région, les artères surtout, méritent de fixer un instant notre attention, à cause des déductions opératoires que nous pourrons tirer de leur trajet et de leur direction pour le débridement, au cas où la hernie lombaire viendrait à s'étrangler.

Les principales artères sont : la dernière intercostale aortique, qui suit le bord inférieur de la dernière côte ; les quatre artères lombaires, la branche ascendante de l'ilio-lombaire, et la branche horizontale de la circonflexe iliaque.

La première de ces artères est considérée, par quelques anatomistes, comme appartenant à la série des artères lombaires[1]. A l'exemple de tous les classiques modernes, nous la mettons au nombre des intercostales aortiques. Toute discussion sur la nomenclature qu'il convient d'adopter pour les artères lombaires serait ici déplacée, nous le croyons du moins.

L'artère intercostale aortique inférieure, plus grosse que toutes les autres intercostales aortiques, la première exceptée, qui fournit à deux ou trois espaces intercostaux, quelquefois même plus volumineuse que cette dernière, naît entre la douzième vertèbre dorsale et la première vertèbre lombaire, en arrière des piliers du diaphragme, passe sous le muscle psoas, et se divise en deux branches : l'une postérieure ou dorso-spinale, l'autre antérieure ou abdominale, la seule dont les rapports aient pour nous quelque intérêt. — Placée tantôt en arrière, tantôt en avant de l'attache supérieure du muscle carré des lombes, auquel elle fournit quelques rameaux, cette branche artérielle se porte en dehors et en bas, perfore l'aponévrose postérieure du muscle transverse au niveau du bord externe du carré des lombes, quelquefois au-dessus, mais plus souvent au-dessous du bord postérieur du muscle petit oblique; chemine alors, suivant le cas, soit au-dessus, soit au-dessous de ce dernier muscle, qu'elle traverse bientôt, quand elle ne contourne pas son bord postérieur; se place entre

---

[1] Voy. Theile; *Encyclopédie anat.*, tom. III, pag. 525.

ce muscle et le grand oblique, descend jusqu'à la partie moyenne de la crête iliaque, et s'anastomose avec l'artère circonflexe iliaque.

L'orifice aponévrotique du transverse, qui livre passage à la branche artérielle dont nous venons de décrire le trajet, offre une disposition que nous ne devons pas oublier de signaler. Les fibres aponévrotiques s'écartent, laissent entre elles un léger intervalle limité de chaque côté par deux petits faisceaux entre lesquels passe l'artère en question, comme le cordon spermatique entre les deux piliers de l'anneau inguinal externe. Il y a donc là un point de l'aponévrose du transverse naturellement disposé à s'érailler et à laisser sortir l'intestin de la cavité abdominale. Or, si le bord postérieur de l'oblique interne présente une inclinaison antérieure plus marquée que de coutume, et si, comme nous l'avons vu deux fois sur sept [1], la dernière artère intercostale perfore l'aponévrose du transverse au-dessus de ce bord, c'est-à-dire si le point d'émergence de cette artère se trouve dans l'aire du triangle lombo-costo-abdominal, toutes les conditions favorables à la production de la hernie lombaire se trouvent réalisées.

L'artère que nous venons de décrire est sans contredit la plus importante de la région lombo-abdominale; mais nous ne devons pas passer sous silence les artères lombaires.

Des quatre artères lombaires aortiques, la première n'est pas constante; elle est souvent fournie par la dernière intercostale. La branche antérieure suit comme cette dernière, dont elle est peu éloignée, le bord inférieur de la douzième côte, se recourbe bientôt et descend presque verticalement près du bord externe du carré des lombes, entre le péritoine et le transverse, dans lequel elle s'épuise. Elle a toujours, du reste, un très-petit calibre.

La seconde artère lombaire, née entre la deuxième et la troisième vertèbre de ce nom, est tout aussi peu importante; sa

---

[1] Loin de nous la prétention de vouloir donner avec ces chiffres un rapport constant. Nous reconnaissons d'avance que nos dissections n'ont pas été assez nombreuses. Le temps et les sujets nous ont fait défaut. Il y a donc là matière à de nouvelles recherches.

branche antérieure, très-courte, se perd dans le muscle carré des lombes.

La troisième artère lombaire, au contraire, qui naît de l'aorte entre la troisième et la quatrième vertèbre des lombes, a une branche antérieure qui mérite une mention spéciale, à cause même du volume relativement considérable qu'elle présente.— Placée à son origine entre les muscles grand psoas et carré des lombes, auxquels elle fournit plusieurs rameaux, cette branche artérielle descend vers la partie antérieure de la crête iliaque, et va pénétrer dans les muscles fessiers. Appliquée d'abord contre la face profonde de l'aponévrose postérieure du muscle transverse, elle la perfore en dessous et en avant du point d'émergence de la dernière intercostale, se place entre la transverse et le petit oblique, puis bientôt entre ce dernier et l'oblique externe qu'elle traverse aussi immédiatement, pour aller se perdre dans les muscles de la fesse.

La branche antérieure de la quatrième artère lombaire se comporte à peu près de la même manière. Elle est seulement plus rapprochée de la crête iliaque, et donne plusieurs rameaux au muscle du même nom. Elle est souvent fournie par l'artère sacrée moyenne.

La branche ascendante de l'artère ilio-lombaire ne présente pour nous qu'un intérêt secondaire, puisqu'elle remonte, cachée par le muscle psoas, le long des vertèbres lombaires, pour se distribuer au psoas lui-même et au carré des lombes. Ajoutons seulement qu'elle s'anastomose avec la dernière lombaire, dont elle tient la place dans quelques cas.

La branche horizontale de l'artère circonflexe iliaque ne mérite pas non plus de nous arrêter longtemps. Elle suit la direction de la crête iliaque, marche d'avant en arrière, entre l'oblique interne et le transverse, et se termine en s'anastomosant avec la quatrième lombaire.

Quant aux veines de cette région, elles suivent le trajet des artères.

Les nerfs viennent de la branche antérieure de la douzième paire dorsale, que quelques anatomistes, Haller entre autres,

rangent parmi les nerfs du plexus lombaire, et de la branche antérieure de la première paire lombaire, divisée elle-même en deux branches qu'on appelle aujourd'hui grande et petite abdomino-scrotales.

Au point de vue de la direction à donner à l'incision faite pour débrider l'anneau constricteur dans le cas où la hernie lombaire viendrait à s'étrangler, au point de vue pratique, en un mot, le trajet de ces nerfs est bien moins important à connaître que le trajet des artères; aussi dirons-nous seulement que la branche antérieure de la douzième paire dorsale, jusque vers la partie moyenne de sa course, est le nerf satellite de l'artère intercostale aortique qui suit le bord inférieur de la dernière côte, et que la grande abdomino-rsootale, au moment où elle perfore le transverse, s'accole à la branche antérieure de la troisième artère lombaire qui accompagne sa branche cutanée fessière.

Les vaisseaux lymphatiques de la région lombo-abdominale nous intéressent trop peu au point de vue qui nous occupe, pour que nous ayons à les décrire. D'ailleurs, n'ayant jamais fait d'injection lymphatique, nous ne les avons jamais vus.

D'après les données de l'anatomie normale, quelles doivent être les enveloppes de la hernie lombaire? De la peau aux viscères, on trouve successivement : la peau elle-même, les deux couches du *fascia superficialis*, le *fascia propria*, et le péritoine formant le sac. De plus, le grand oblique et le grand dorsal repoussés, l'un en avant, l'autre en arrière, par la tumeur, recouvrent sa base dans une étendue plus ou moins considérable, quand elle est un peu volumineuse.

Nous ne reviendrons pas sur la disposition de ces divers plans anatomiques, l'enveloppe péritonéale seule fixera un instant notre attention. D'ailleurs, si la hernie est de date un peu ancienne, et si elle n'a pas été maintenue réduite, la séparation des diverses couches celluleuses qui l'enveloppent ne doit pas être toujours facile.

Eu égard au sac de la hernie lombaire, nous pouvons d'abord nous demander s'il est constant, s'il n'est pas de ces hernies

dépourvues d'enveloppe péritonéale.—La réponse à cette question est assez difficile, vu que la science ne possède, que nous sachions, aucune observation de hernie lombaire avec examen anatomique de la tumeur. Nous croyons cependant pouvoir dire, sans crainte de nous tromper, que l'absence de sac doit être un fait excessivement rare. En effet, la hernie du cœcum ou du colon ascendant, à droite, celle du colon descendant, à gauche, peuvent seules manquer d'enveloppe péritonéale; or, les colons lombaires droit et gauche sont, sans contredit, les parties les plus fixes du canal intestinal, leur déplacement doit donc être extrêmement rare; et quand ils jouissent d'une mobilité qui ne leur est pas habituelle, c'est qu'ils sont entourés d'un repli du péritoine ou mésocolon lombaire plus ou moins étendu. Donc, dans la très-grande majorité des cas, pour ne pas dire toujours, la hernie lombaire est pourvue d'un sac.

A proprement parler, ce sac ne doit pas avoir de collet, son orifice de communication avec la cavité péritonéale paraît habituellement très-large, à en juger par les faits connus. Dans tous ceux, en effet, qui ont été publiés avec quelques détails, il est question d'une tumeur à large base, facilement réductible, laissant à sa place, une fois réduite, une ouverture pouvant admettre plusieurs doigts. Malheureusement nous ne savons pas quelle était la disposition du collet du sac de la hernie lombaire étranglée, observée par J.-L. Petit. L'observation est laissée inachevée. Petit promet de revenir ultérieurement sur ce cas intéressant, mais il ne le fait pas; c'est en vain que nous avons cherché dans plusieurs endroits de son *Traité des maladies chirurgicales*. A la vérité, nous ne connaissons pas dans tous leurs détails les OEuvres de J.-L. Petit; mais Boyer [1], qui mérite bien d'être cru, affirme que Petit n'a pas tenu sa promesse.

Cette absence de collet donne au sac une forme à peu près toujours la même, celle d'un segment de sphère plus ou moins

---

[1] Boyer; *Traité des malad. chirurgic.*, tom. VIII, pag. 327. Paris, 1822.

considérable, en rapport avec les dimensions de l'ouverture qui a livré passage aux viscères abdominaux.

Il n'est pas impossible, du reste, qu'un véritable collet se constitue, si l'ouverture aponévrotique par laquelle s'est faite la hernie est étroite, et si, par la sortie d'une grosse masse intestinale, le fond du sac acquiert des dimensions plus considérables.

Ce collet doit aussi, à la longue, se fixer au pourtour de l'anneau fibreux qui l'entoure, et des adhérences plus ou moins intimes de la face externe du sac avec les fascias qui l'enveloppent, doivent de même se produire, si la hernie est ancienne et non maintenue. Ne peut-on pas attribuer à des adhérences de la face externe du sac avec le tissu cellulaire sous-cutané, ce sillon antéro-postérieur de la peau, qui était adossée à elle-même par sa face superficielle, occupant, chez le malade de M. Chappelain, la place de la hernie, quand celle-ci était réduite et que le sac lui-même tendait à rentrer dans la cavité abdominale?

Mais finissons là nos considérations sur l'anatomie pathologique des hernies lombaires. Ne préjugeons rien, les recherches cadavériques nous font encore complètement défaut; espérons qu'un jour nous pourrons combler cette lacune.

Les dispositions anatomiques qui favorisent la formation de ces hernies nous sont connues ; quelles sont maintenant les causes de leur apparition ? — Comme pour toutes les hernies, elles sont prédisposantes ou déterminantes.

Parmi les premières, il faut ranger toutes celles qui peuvent affaiblir, en la distendant outre mesure, l'aponévrose postérieure du transverse ; qui peuvent dilater les ouvertures vasculaires dont elle est perforée, et érailler ses fibres. Par conséquent, les grossesses répétées, les grossesses composées auxquelles certaines femmes sont très-disposées, la grossesse simple avec hydramnios, l'ascite, l'accumulation d'une grande quantité de graisse dans l'épiploon et le mésentère, qui donne aux viscères abdominaux un volume disproportionné à la capacité du ventre, peuvent être considérées comme des causes prédisposantes de ces hernies. C'est à la suite de la grossesse que se forma la hernie lombaire

dont J.-L. Petit nous a laissé l'histoire. C'est aussi après plusieurs grossesses que, chez la femme dont parle Pelletan, des hernies multiples s'étaient produites à la circonférence du ventre. Il est vrai, comme nous l'avons déjà fait remarquer, que l'existence d'une hernie lombaire ne se trouve pas explicitement indiquée dans cette observation, mais le fait de Petit reste. C'est à l'extrême obésité de la femme que le Dr Marmisse attribue la formation de la hernie lombaire qu'il a rencontrée dans l'exercice de ses fonctions de médecin vérificateur des décès. Quelque peloton adipeux, développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, serait venu, d'après cet auteur, s'engager dans quelqu'une des ouvertures vasculaires de l'aponévrose du transverse, et, en agrandissant cette ouverture, aurait créé un passage aux viscères abdominaux.

L'hérédité, qui, en transmettant certaines dispositions anatomiques des parois de l'abdomen et de leurs ouvertures, a une influence incontestable dans la production des hernies inguinales, est la seule cause invoquée par M. Basset, pour le cas de hernie lombaire qu'il a eu occasion d'observer. Le grand-père, le père et autres ascendants de son malade étaient hernieux. On comprend, en effet, qu'il ait pu y avoir chez ce sujet une faiblesse originelle et héréditaire de l'aponévrose du transverse, et un développement peu considérable des muscles qui la recouvrent, d'où migration facile hors de la cavité abdominale des viscères, sous l'influence du plus petit effort.

William Colles, qui a vu, avons-nous dit, sur une petite fille de trois ans une hernie lombaire congénitale, ne donne aucune explication sur le mode de formation de cette hernie. L'hérédité a-t-elle été encore dans ce cas pour quelque chose dans la production de cette tumeur; la mère de cette enfant a-t-elle reçu quelque coup violent sur le ventre pendant sa grossesse; l'accouchement ne s'est-il pas fait par le siége; l'abdomen de cette petite fille n'a-t-il pas subi quelque compression pendant le travail?

Au nombre des causes déterminantes, nous devons placer en première ligne les coups violents portés sur la région lombo-abdominale. Chez le malade dont nous avons raconté l'histoire,

un violent coup de poing asséné dans le flanc gauche a été la cause du développement de la hernie. Le malade dont parle Lassus avait reçu un coup de timon de carrosse dans le côté droit du ventre. Un accident analogue a produit la hernie du malade dont M. Chappelain a rapporté l'observation : cet homme avait eu le corps pris entre un mur et un bras de charrette. La hernie lombaire du jeune malade de MM. Decaisne et Vauvarenberg, était survenue après une chute de trente pieds de hauteur sur des palissades.

Dans ce dernier cas, la tumeur s'est produite au moment même de l'accident. Il n'est pas douteux, conséquemment, qu'il n'y ait eu, juste au point où J.-L. Petit a décrit, le premier, la hernie qui porte son nom, et sans altération aucune de la peau, division, déchirure des tissus fibreux profonds qui forment la paroi abdominale, et que les viscères ne soient sortis immédiatement par cette déchirure, pour venir former tumeur sous la peau. La grande élasticité dont jouissent les téguments de l'abdomen, permet de comprendre leur intégrité complète dans ces circonstances. Larrey[1] a vu une balle morte frapper le ventre, rompre un des muscles droits et les tissus fibreux sous-jacents, et produire instantanément la saillie des viscères au dehors, tandis que la peau était restée intacte. On trouve aussi dans le Journal de Desault[2] l'observation d'un enfant de neuf ans qui mourut promptement des suites d'une chute qu'il fit d'un premier étage sur le pavé, et qui portait, sans lésion de la peau, à la partie externe de la région ombilicale, une tumeur ovalaire facilement réductible, formée par les intestins sortis à travers une large déchirure du péritoine et des muscles.

Le cas de hernie lombaire rapporté par MM. Decaisne et Vauvarenberg, est donc une hernie traumatique immédiate qui s'est faite à travers la déchirure instantanée des plans musculo-fibreux de la région, produite par les extrémités des pieux de la palissade; elle est donc en tout semblable aux autres hernies ventrales trau-

---

1 Larrey; *Mém. de chirurg. milit.*, tom. II, pag. 332.

2 *Journal* de Desault, tom. I, pag. 377.

matiques immédiates dont nous venons de citer deux exemples pris, l'un dans les Mémoires de Larrey, l'autre dans le Journal de Desault. M. Legouest, du reste, a aussi recueilli des faits de ce genre. Mais les choses ne se passent pas habituellement ainsi, dans les cas de hernie lombaire survenue après des contusions plus ou moins violentes de la région lombo-abdominale. La tumeur ne se montre qu'un temps plus ou moins long après le traumatisme. Ainsi, chez notre malade, la hernie n'a paru que quelques mois après le coup de poing reçu dans le flanc. De même, les malades de Lassus et de M. Chappelain n'ont vu leur hernie se développer que trente jours après l'accident.

Dans tous ces cas, la force contondante, trop faible pour diviser complètement les plans musculo-fibreux profonds de la paroi abdominale, produit, au point sur lequel elle agit, une telle diminution de la résistance de ces parties fibro-charnues, qu'elles cèdent, dans la suite, à la pression intérieure des viscères, et que, sous l'influence du plus petit effort, ces viscères viennent faire hernie sous la peau. Du reste, cet affaiblissement, ce défaut de résistance des muscles et des tissus fibreux du ventre, après les contusions graves, se rencontre autre part que dans la région lombaire. Boyer[1], pour ne citer qu'un exemple, a vu une hernie se développer sur une personne qui avait reçu un coup de pied de cheval sur la partie moyenne latérale droite de l'addomen. Si, dans la région lombaire, ces effets paraissent plus souvent se produire, c'est que là existent des dispositions anatomiques toutes particulières, des interstices musculaires sur lesquels nous avons déjà suffisamment fixé notre attention.

Comme on le voit, la manière dont agissent les contusions pour produire la hernie lombaire consécutive, se rapproche beaucoup plus du mode d'action des causes prédisposantes que des causes déterminantes. Il en est de même pour les abcès.

Les vastes collections purulentes formées dans l'épaisseur des muscles de la région lombaire, en détruisant les plans charnus,

---

[1] Boyer, *loc. cit.*, pag. 325.

les abcès venant de l'intérieur du ventre, les abcès périphériques, par exemple, qui, le plus souvent, se portent vers ce point des parois de l'abdomen, gagnant de proche en proche les différents tissus et arrivant dans la couche celluleuse sous-cutanée par l'interstice musculaire de la hernie de Petit, ces abcès, disons-nous, peuvent créer aux viscères une voie pour sortir de la cavité abdominale. Heureusement, dans ce dernier cas, il se fait un épaississement du péritoine pariétal, et les bords de l'ouverture qui a donné passage au pus se réunissent, de sorte que, lorsque le foyer purulent est tari, la séreuse abdominale ne se laisse pas refouler vers l'extérieur.

Enfin, une contraction énergique des muscles abdominaux, un effort, en produisant la rupture de quelques fibres aponévrotiques du transverse, en éraillant une des ouvertures vasculaires de cette aponévrose, peut déterminer la formation d'une hernie lombaire, comme chez le malade de M. J. Cloquet. Damours, en effet, on se le rappelle, en soulevant un matelas fort pesant, éprouva dans la région des lombes une vive douleur accompagnée d'une sensation de déchirement, et, deux mois après, sa hernie parut.

Encore dans ce cas la sortie des viscères hors de la cavité abdominale a été tardive; mais, l'effort continuant, elle eût pu se faire immédiatement. D'ailleurs, les douleurs lombaires que ressentit le malade pendant plus d'un mois après l'accident, ne tenaient-elles pas à la présence, dans l'ouverture de l'aponévrose du transverse, d'une petite anse intestinale encore trop profondément cachée par les muscles pour être reconnue?

Quoi qu'il en soit, remarquons que cette hernie, survenue à la suite d'un effort, s'est faite du côté droit, comme toutes les hernies qui reconnaissent cette cause, du moins chez les individus qui agissent de la main droite, et c'est le plus grand nombre. Cette opinion sur la plus grande fréquence des hernies à droite, à cause des contractions plus fréquentes et plus fortes des muscles abdominaux de ce côté, basée aussi sur la théorie du mécanisme de l'effort, émise d'abord par M. J. Cloquet lui-même, a été partagée ensuite par Malgaigne qui, on le sait, a fait des

hernies une de ses études de prédilection, et par la plupart des chirurgiens qui se sont occupés de ce sujet.

Quelques mots maintenant sur la symptomatologie de la hernie lombaire, avant de parler du diagnostic différentiel des tumeurs de cette région.

Cette hernie, située entre les fausses côtes et la partie postérieure de la crête iliaque, entre le bord externe du muscle grand dorsal et le bord postérieur du muscle grand oblique de l'abdomen, se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, plus ou moins volumineuse, ordinairement ovalaire, à grand diamètre antéro-postérieur (voir les Observations), sans changement de couleur à la peau. Elle adhère par une large base aux parties profondes, et n'est séparée que par le *fascia superficialis* et le *fascia propria* des téguments, qui, chez la femme observée par M. Marmisse, avaient subi, par le fait de la distension excessive dont ils étaient l'objet, un amincissement tel qu'on les eût dits sur le point de se rompre et les intestins de faire saillie au dehors. Dans ce cas, du reste, la tumeur, placée entre l'œil et une bougie allumée, laissait facilement passer la lumière. Molle, quasi fluctuante, sonore à la percussion, si elle est formée par une anse intestinale contenant des gaz; la hernie de Petit, au contraire, donne un son mat à la percussion, est rénitente, marronnée (cas de M. J. Cloquet), si elle contient des matières fécales endurcies. Si elle est épiploïque, quoique mate à la percussion et inégale au toucher, elle sera molle, pâteuse et surtout indolente à la pression sauf accidents (irréductibilité, induration, inflammation). Habituellement peu sensible à la pression, à moins de complications, la hernie lombaire, quand on la comprime d'une manière convenable, rentre facilement, avec ou sans gargouillements, suivant qu'elle est intestinale ou épiploïque, et suivant que l'intestin, quand c'est lui qui forme la tumeur, contient ou non des gaz mêlés à des liquides. Une fois réduite, et elle rentre même d'ordinaire spontanément quand le malade est couché, elle laisse à sa place un enfoncement plus ou moins marqué, que la main perçoit avec la plus graude facilité. (Voir les Observa-

tions de M. J. Cloquet, de M. Chappelain et la nôtre.) L'étendue de cette dépression varie évidemment suivant le volume de la tumeur. La station debout la fait reparaître, et le plus petit effort produit une augmentation notable de son volume. Enfin, elle communique à la main qui la touche une impulsion manifeste, lorsque la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme se trouve mise en jeu, lorsque le malade tousse, éternue ou se livre à l'acte de la défécation ou de la miction.

Au surplus, la hernie lombaire ne donne que rarement lieu à ces troubles de l'appareil digestif, à ces coliques sourdes, à ces digestions pénibles, à ces éructations fréquentes.... que les sujets affectés de hernie crurale ou inguinale éprouvent assez habituellement. Jusqu'au moment où J.-L. Petit fut appelé auprès de sa malade, aucun des accidents de la hernie ne s'était produit, personne même ne soupçonnait que la tumeur fût une hernie. La femme qu'a vue M. Marmisse, âgée de 62 ans, portait depuis vingt ans sa hernie, sans en éprouver la moindre incommodité, et cependant elle ne la contenait d'aucune manière. La santé du jeune homme dont parle M. Basset était tout aussi peu troublée. Dufayet n'a jamais souffert de sa hernie, jamais elle ne lui a causé d'incommodité, si ce n'est quelques coliques légères, d'assez courte durée généralement, et ne paraissant qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, lorsque le cours des matières fécales n'avait pas sa liberté habituelle. Il se trouve mieux, du reste, depuis qu'il porte son bandage. Le malade de M. J. Cloquet, au contraire, était sujet à des coliques violentes, à des nausées, tant que sa hernie n'était pas contenue. Quant aux coliques habituelles, souvent très-douloureuses, accompagnées même de vomissements, qu'éprouvait la femme dont Pelletan nous a laissé l'histoire très-peu précise, elles ne pouvaient guère manquer, puisque « les hernies étaient extrêmement multipliées et que le ventre en était généralement bosselé». Il en était de même chez ce perruquier dont l'observation est consignée dans les thèses de Haller.

Comme on le voit, la hernie lombaire ne présente, absolument parlant, aucune gravité. Les troubles légers de l'appareil

digestif, qu'elle occasionne quelquefois, cessent bien vite par la réduction et l'application d'un bandage contentif. Le malade de M. J. Cloquet, qui était sujet, avons-nous dit, à de violentes coliques et à des nausées, tant que sa hernie n'était pas réduite, se regarda comme guéri dès qu'il porta une ceinture élastique bouclée, avec pelote. On ne saurait donc négliger de prescrire aux sujets affectés de hernie lombaire, quelque peu grave qu'elle soit, l'usage d'un bandage approprié, afin de leur éviter les accidents toujours sérieux qui viennent trop souvent compliquer les autres hernies. Sans doute la science ne possède qu'un seul cas d'étranglement de la hernie lombaire, celui observé par J.-L. Petit; mais ce n'est pas une raison pour exposer les malades qui ont une de ces hernies, à ces redoutables accidents.

A la vérité, cette hernie se trouve dans des conditions à ne pouvoir s'étrangler que très-difficilement ; quoique volumineuse, elle est toujours aisément réductible; le sac n'a, pour ainsi dire, pas de collet ; l'ouverture de l'aponévrose du transverse offre d'ordinaire des dimensions considérables. Aussi n'insisterons-nous pas davantage sur l'étranglement de la hernie lombaire. Les agents de constriction autres que le collet du sac et l'anneau fibreux du transverse, les perforations du mésentère ou de l'épiploon, l'enroulement d'une anse intestinale sur elle-même, les brides dans l'intérieur du sac..., existent trop rarement, même pour les autres hernies, pour que nous puissions les faire entrer en ligne de compte; d'ailleurs, l'étranglement d'une hernie lombaire se produirait-il, qu'on observerait probablement avec tous leurs degrés, si on n'intervenait pas, tous les symptômes qui caractérisent l'étranglement. Exprimons encore une fois nos regrets sur le manque des renseignements ultérieurs, promis par J.-L. Petit, sur le compte de sa malade, qui, dit-il, « tomba dans les accidents de l'étranglement », et dont il oublie de parler plus tard.

Une autre raison pour laquelle il ne faut pas négliger de contenir une hernie lombaire, c'est le volume habituellement considérable de la tumeur, qui l'expose, quoique réductible, à l'action

de violences extérieures capables de produire une déchirure de l'intestin lui-même. D'ailleurs, en général, les hernies volumineuses non contenues, dépourvues de collet, sont celles qui sont le plus susceptibles de s'enflammer.

Enfin, si la hernie lombaire n'est pas contenue, le sujet qui en est affecté ne peut se livrer à aucun travail nécessitant quelque déploiement de force, le diaphragme ne pouvant trouver sur la masse intestinale un appui suffisant et nécessaire à la production de tout effort.

Pour en finir avec les complications possibles de la hernie lombaire, nous dirons que l'accumulation et la stase des matières stercorales ou alimentaires, peut très-bien se faire dans une entérocèle volumineuse de cette région, quand elle n'est pas maintenue; d'où tous les accidents de l'engouement, que l'application continue d'un bandage peut seule prévenir.

Nous avons déjà signalé les erreurs de diagnostic auxquelles la hernie lombaire avait donné lieu ; il est donc important que nous nous arrêtions un instant sur le diagnostic différentiel de cette hernie et des autres tumeurs siégeant dans la même région. M. le professeur Trousseau [1], dans ses *Leçons de clinique médicale*, à la fin du chapitre du diagnostic de la périnéphrite, recommande beaucoup de ne pas oublier, toutes les fois que l'on constate une tumeur de la région lombaire, que, vers le point même où l'abcès lombaire profond vient faire saillie sous la peau, on peut rencontrer la hernie de Petit. «Dernièrement encore, dit-il, le bistouri aurait pu inciser l'intestin, si le chirurgien, avant de procéder à l'ouverture de l'abcès que l'on croyait exister en cette région, n'eût pas eu le soin de s'assurer de la réduction possible de la tumeur.» Nous ne savons pas à quel cas de hernie lombaire fait allusion, dans ce passage, M. le professeur Trousseau ; c'est probablement un cas observé dans les hôpitaux de Paris, et qui n'a pas été publié. En voici un autre, du reste inédit aussi, qui

---

[1] Trousseau ; *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, ABCÈS PÉRINÉPHRIQUES, tom. III, pag. 740, 2e édit. Paris, 1865.

nous a été signalé, il y a quelques jours seulement, par M. le baron Larrey, médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées. Dans une lettre en date du 12 de ce mois (avril 1866), qu'il nous a fait l'honneur de nous écrire à l'occasion de l'observation de hernie lombaire que nous avons publiée dans le précédent numéro du *Montpellier médical*, ce chirurgien éminent nous dit : « Un cas analogue m'avait été offert, il y a une quinzaine d'années, à la clinique du Val-de-Grâce, en me conduisant à faire quelques recherches à ce sujet ; mais je n'y ai pas donné suite. » — Ajoutons encore que M. le Dr Bonnefous nous disait, à l'époque où Dufayet se trouvait dans le service de M. le professeur Bouisson, qu'il avait vu une hernie lombaire pendant son internat dans les hôpitaux de Lyon ; et que M. le Dr Bronicki, au début de sa carrière médicale, en a rencontré une sur un de ses clients des environs de Béziers. Nous avions donc raison de dire, tout en constatant l'extrême rareté de cette hernie, que tous les cas observés n'avaient pas été publiés. — Mais revenons à la question qui doit maintenant nous occuper, au diagnostic des tumeurs de la région lombaire.

Excepté dans le cas de J.-L. Petit, c'est toujours la réductibilité de la tumeur qui a permis d'en reconnaître la nature; aussi ne saurait-on jamais avoir trop présente à l'esprit la recommandation de M. le professeur Trousseau. D'ailleurs, à cette réductibilité s'ajoutent d'ordinaire d'autres signes aussi peu équivoques des hernies : sonorité de la tumeur à la percussion, bruit de gargouillement au moment de la réduction, reproduction facile de la tumeur dans la station debout du malade ou sous l'influence d'un léger effort... Mais, la réductibilité existant, ce concours de signes peut manquer, et le doute naître dans l'esprit de l'observateur.

Si la hernie est épiploïque, ou si l'anse intestinale qui la forme est remplie de matières stercorales, la sonorité à la percussion et le bruit de gargouillement pendant la réduction, disparaissent. Or, une autre tumeur, quelquefois réductible, ne donnant jamais de son clair à la percussion, ni ne produisant aucun bruit au moment de sa réduction, peut se développer au point où se montre la hernie de Petit, et donner le change. Nous voulons

parler de ces pelotons graisseux sous-péritonéaux qui, s'engageant quelquefois dans quelqu'une des ouvertures dont les aponévroses du ventre sont perforées, les dilatent et viennent former des tumeurs sous-cutanées communément appelées hernies graisseuses, et que P. Bérard a plus convenablement désignées sous le nom de tumeurs graisseuses extra-péritonéales.

A la vérité, le siége habituel de ces tumeurs est dans la région ombilicale ; leur volume atteint rarement les dimensions des hernies, et la pression ne les fait pas rentrer dans la cavité abdominale. Mais comme elles peuvent rigoureusement se montrer dans toutes les régions de l'abdomen ; comme leur volume peut égaler, dans quelques circonstances, celui des véritables hernies (observation de Laënnec [1] : volume d'une pomme ordinaire) ; comme elles peuvent être réduites par le taxis (même cas, et celui de M. Denonvilliers [2]), nous avons cru devoir en parler ici, d'autant que M. Marmisse, comme nous l'avons déjà dit, a donné pour point de départ à la hernie lombaire qu'il a observée, une de ces tumeurs graisseuses extra-péritonéales, qui, en se portant au dehors, aurait entraîné après elle le péritoine, en lui faisant former une cavité ouverte en dedans, dans laquelle une portion de l'intestin serait venue se loger.

Évidemment, avec un peu d'attention on ne peut confondre une entérocèle lombaire, mate à la percussion, parce qu'elle est remplie de matières stercorales, et dont la rentrée n'est accompagnée d'aucun bruit, avec une hernie graisseuse réductible de la même région. L'entérocèle est facilement réductible, elle rentre en masse ; la hernie graisseuse, au contraire, ne se laisse réduire qu'avec peine et peu à peu ; de plus, elle est inégale, molle, pâteuse, complètement insensible à la pression ; elle ne produit ni coliques, ni nausées, ni aucun trouble fonctionnel de l'appareil digestif, et elle pèse moins que l'entérocèle, qui contient des matières stercorales.

---

[1] *Mém. sur une nouvelle espèce de hernie.* — Note dans Scarpa ; *Traité des hernies*, trad. de Cayol, tom. I, pag. 405 ; 1812.

[2] *Bullet. Acad. méd.*, 1842, tom. VII, pag. 1181.

Il ne serait pas plus difficile de distinguer l'épiplocèle lombaire réductible, d'une hernie graisseuse de cette région, rentrant aussi par le taxis. Sans doute, ces deux tumeurs sont formées de la même substance, elles ne produisent ni l'une ni l'autre de phénomènes morbides du côté du tube digestif, leur surface présente les mêmes inégalités; mais tandis que la hernie graisseuse réductible est toujours irréductible spontanément, l'épiplocèle réductible peut toujours rentrer spontanément, après un décubitus dorsal prolongé. De plus, Scarpa a donné pour caractère distinctif la dureté plus grande des hernies graisseuses. Ce signe, cependant, ne peut avoir qu'une valeur relative, parce que l'épiploon hernié peut acquérir, ce qui n'est pas rare, une consistance plus grande que sa consistance normale.

Donc, toutes les fois qu'une tumeur lombaire est facilement réductible, et surtout spontanément réductible, le doute ne peut être permis : il s'agit bien d'une hernie de Petit ; la hernie graisseuse ne se laisse réduire qu'avec peine et elle ne rentre jamais spontanément.

Un abcès par congestion ne peut pas ici donner le change ; comme dans la région de l'aine, le pus ossifluent, accumulé dans la région lombaire, ne vient pas de loin : la tumeur qu'il forme n'est donc pas réductible.

La hernie lombaire peut, comme dans le cas observé par J.-L. Petit, être irréductible ; supposons même que cette irréductibilité soit simple , sans aucune manifestation d'engouement , d'inflammation , d'étranglement : comment différencier cette tumeur de toutes les autres ?

Si elle est sonore à la percussion, déjà le diagnostic est singulièrement simplifié. Peut-on, comme l'idée en vint à propos de la malade de Petit, la prendre pour une tumeur venteuse, c'est-à-dire pour une de ces bosselures de l'abdomen produites par l'incarcération de gaz dans des anses intestinales isolées et spasmodiquement contractées ? Assurément non ; ces tumeurs, on le sait, sont mobiles à la pression, elles donnent lieu à des coliques intenses et à l'expulsion de gaz plus ou moins abondants par la bouche et par le rectum. D'ailleurs, elles diffèrent tant

d'une hernie, qu'on a de la peine à comprendre une pareille confusion.

Une autre tumeur, élastique, sonore à la percussion, peut se rencontrer dans la région lombaire et ressembler tellement, dans quelques circonstances, à une hernie irréductible, que le doute peut exister dans l'esprit du médecin, s'il n'a aucun renseignement antérieur, bien entendu. Nous voulons dire un abcès froid, rénitent, sans fluctuation manifeste, dans le foyer duquel des gaz se seraient infiltrés, à cause du voisinage du tube digestif. — Évidemment, il y aurait tout avantage, en pareille occurrence, à se conduire comme s'il s'agissait d'une hernie, c'est-à-dire à ne rien faire du tout et à attendre. Percevrait-on une sorte de fluctuation pouvant faire penser à un abcès, si cette sensation n'était pas nette, si la présence du liquide n'était pas évidente, il faudrait, à défaut de tout autre renseignement, suspendre son jugement jusqu'à plus ample informé, pour n'avoir pas à déplorer les conséquences d'un coup de bistouri irréfléchi.

La hernie lombaire irréductible, mais sans accidents, peut ne pas être sonore, si elle est épiploïque ou formée par une anse intestinale dans laquelle se trouvent engagées des matières fécales. Comment la distinguer des autres tumeurs du triangle de Petit?

La hernie graisseuse, qui n'est qu'exceptionnellement réductible, est sans contredit la tumeur qu'on peut le plus facilement confondre avec une épiplocèle irréductible, et il faut convenir que les antécédents seuls peuvent éclairer le diagnostic. La réductibilité spontanée antérieure de la tumeur peut seule faire reconnaître l'épiplocèle. Peut-on, comme le confrère de M. Basset, prendre la hernie lombaire pour un lipome, même quand elle est irréductible? Nous ne le pensons pas. Les antécédents, les causes, le mode de développement de la tumeur ne permettent pas de se tromper. La hernie n'est pas irréductible d'emblée, elle a été réductible, et cela suffit pour assurer le diagnostic; il faut seulement soumettre le malade à un interrogatoire complet. L'épiplocèle irréductible, quoique formée par de la graisse, par la seule raison qu'elle est irréductible, ne peut avoir la consistance douce,

molle, cotonneuse du lipome; l'épiploon s'est alors phlogosé d'une manière lente et chronique, et sa consistance a augmenté.

Grâce encore aux antécédents sur l'état antérieur de la tumeur, la hernie lombaire, quoique irréductible et mate, ne peut être confondue avec une tumeur encéphaloïde. L'aspect bosselé de cette dernière, les veines qui sillonnent sa surface, les douleurs lancinantes dont elle est habituellement le siége, sa densité, la caractérisent suffisamment. Un abcès froid, en l'absence même de toute fluctuation évidente, ne peut donner lieu à aucune méprise. Son mode de développement, les douleurs profondes ressenties par le malade dans les os voisins, si l'abcès est ossifluent; son irréductibilité, à quelque époque de son évolution qu'on ait essayé de faire rentrer dans l'abdomen la tumeur qui le constitue; l'absence ordinaire, dans les antécédents du malade, de tout traumatisme, de tout effort,... sont là pour lever tous les doutes.

La hernie lombaire enflammée, engouée ou étranglée peut, à la rigueur, être prise pour un abcès chaud de la même région en voie de formation; d'autant que, dans l'un comme dans l'autre cas, le malade est en proie à des nausées, à des vomissements plus ou moins opiniâtres. D'après M. Bernutz [1], en effet, ces vomissements sympathiques manquent rarement de se produire chez les sujets affectés de phlegmon des parois abdominales. Mais il suffit d'un peu d'attention pour éviter l'erreur. La date de l'apparition des phénomènes généraux, relativement à la formation de la tumeur, résout définitivement le problème. Ils sont antérieurs dans le cas d'abcès chaud, et consécutifs dans le cas de hernie. De plus, la peau qui recouvre un abcès est œdématiée, peu mobile sur la tumeur; tandis qu'elle n'a subi aucun changement et qu'elle jouit de toute sa mobilité dans le cas de hernie. Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas où il se fait une épiploïte phlegmoneuse et tendance à l'issue du pus à l'extérieur.

Enfin, chez un malade portant une hernie lombaire irréductible, peut survenir une péritonite aiguë ou un étranglement in-

---

[1] G. Bernutz; *Archives générales de médecine*, 1850, 4e série, tom. XXIII, pag. 129 et suiv.

terne. Alors, reconnaître si le point de départ des symptômes graves qu'on a sous les yeux est ou n'est pas dans la hernie, s'il dépend oui ou non de l'étranglement de cette hernie, est une chose souvent fort difficile. L'existence ou l'absence des symptômes locaux peut seule mettre sur la voie du diagnostic. Appelés auprès de malades affectés d'une hernie irréductible, des chirurgiens éminents, du reste, ont pu se tromper en pareille occurrence; on ne saurait donc porter trop d'attention à l'examen auquel on se livre.

Arrivons enfin au traitement de la hernie lombaire. La cure radicale de cette hernie ne saurait être mise en question. Les dimensions considérables de l'ouverture aponévrotique qui a livré passage aux viscères, s'oppose évidemment à toute tentative de ce genre. Jamais, en effet, on ne pourrait obtenir, dans l'espèce, le resserrement de cette ouverture, pas plus que l'oblitération du sac, qui communique largement, avons-nous dit, avec la cavité abdominale. D'ailleurs, pour toute espèce de hernie, chez les enfants exceptés, qui guérissent le plus souvent par l'action soutenue d'un bandage approprié, les praticiens sages ont renoncé à toutes les opérations proposées pour la cure radicale des hernies. Il faut donc se contenter de réduire et de contenir la hernie lombaire, afin de faire cesser les troubles fonctionnels qui peuvent l'accompagner, et de prévenir les accidents qui peuvent venir la compliquer.

La réduction de ces hernies est généralement facile, elles se réduisent même d'ordinaire spontanément. Pour l'opérer, il suffit de mettre la cavité abdominale dans une situation déclive par rapport à la hernie, c'est-à-dire de faire coucher le malade sur le côté opposé à la lésion, de mettre les muscles du ventre dans le relâchement, et de comprimer ensuite doucement la tumeur.

Un bandage fait sur le modèle de ceux dont on se sert pour contenir les hernies ombilicales des adultes, peut être mis en usage pour maintenir la hernie lombaire. Mais les ceintures à ressort ne nous paraissent pas convenir : elles doivent exercer sur le ventre une compression trop forte et causer beaucoup de gêne aux malades.

Du reste, on sait que les brayers ombilicaux métalliques sont généralement abandonnés aujourd'hui. Les ceintures en tissu de caoutchouc nous paraissent aussi devoir être préférées à celles en cuir : elles se prêtent mieux aux divers changements de volume du ventre, et exercent conséquemment une pression plus uniforme et plus constante. Quoique la ceinture donnée au malade de Saint-Éloi ait été faite en tissu de caoutchouc non vulcanisé, il nous semble que le caoutchouc vulcanisé est préférable. On sait, en effet, que la vulcanisation rend l'élasticité du caoutchouc permanente, aux températures habituelles de l'atmosphère.

Au surplus, la position de la pelote doit être en rapport avec le côté du ventre affecté, et la grandeur de cette pelote doit varier comme celle de l'ouverture qu'elle doit obturer. Du reste, cette pelote doit toujours recouvrir une plus grande surface que celle qu'occupe la tumeur ; sans cela elle pourrait bien aller contre le but qu'on se propose, elle pourrait bien agrandir, en s'y engageant, l'ouverture par laquelle sont sortis les viscères.

Nous ne saurions trop recommander le bandage que M. le professeur Bouisson a fait construire pour contenir la hernie de Dufayet. La pelote a une forme des mieux appropriées aux parties sur lesquelles elle doit s'appliquer, et le bandage est on ne peut plus simple. Au cas où, quoique convenablement serré, il tendrait à se déplacer, à remonter vers la poitrine, on pourrait y ajouter avec avantage deux sous-cuisses.

La simple ceinture de gymnase, que M. Basset fit porter à son malade, nous paraît bien insuffisante.

Une hernie lombaire irréductible nécessiterait un bandage à pelote concave ; mais à mesure que le volume de la tumeur diminuerait, il faudrait diminuer la concavité de cette pelote.

Les complications de la hernie lombaire sont, avons-nous dit, excessivement rares. Le cas d'étranglement observé par J.-L. Petit est le seul connu, et encore nous ignorons complètement la conduite qu'a tenue cet illustre chirurgien. L'amplitude ordinairement si grande de l'ouverture qui donne passage aux viscères, et la réductibilité si facile de ces derniers, expliquent cette rareté des accidents. Mais, puisqu'ils peuvent se produire, nous devons ici

nous occuper des moyens qu'il convient de diriger contre eux.

Le traitement de l'inflammation, de l'engouement de la hernie lombaire, ne diffère pas évidemment de celui mis en usage en pareille occurrence dans les autres espèces de hernie. Il en est de même des divers moyens médicamenteux usités tous les jours contre l'étranglement herniaire, d'autant que, d'après A. Cooper[1], dans les hernies ventrales aussi bien que dans les ombilicales, les moyens généraux peuvent, plus fréquemment que dans les hernies inguinales et crurales, suffire à eux seuls pour amener la réduction. Il ne faudrait pas cependant, dans un cas d'étranglement de hernie lombaire, perdre trop de temps dans l'emploi de ces moyens, dont le succès n'est rien moins que certain. L'opération ne devrait pas être différée. La plupart des chirurgiens pensent du reste aujourd'hui, non sans raison, que beaucoup plus d'individus seraient sauvés, si on opérait plus tôt qu'on ne le fait d'habitude. La mort est plus souvent la suite des accidents que de l'opération elle-même. C'est ce que nous disait encore dernièrement M. le professeur Benoît, que nous assistions dans une opération de hernie inguinale droite étranglée, dont les suites ont été des plus heureuses.

Dans l'opération du débridement d'une hernie lombaire étranglée, il faudrait apporter la plus grande attention à l'incision de la peau. Le peu d'épaisseur des enveloppes de la hernie, la situation du péritoine immédiatement au-dessous des deux feuillets celluleux sous-cutanés considérablement amincis, l'absence possible de sérosité dans la cavité du sac, commandent la plus grande circonspection. Si la hernie était peu volumineuse, une incision longitudinale faite sur toute la partie moyenne, pourrait suffire pour découvrir l'anse intestinale herniée ; si la tumeur, au contraire, offrait un volume considérable, une incision en T ou cruciale serait de rigueur. En tout cas, les limites de l'incision ou des incisions doivent dépasser la base de la tumeur, afin qu'on puisse opérer tout à fait à l'aise.

---

[1] A. Cooper; *Traité des hernies*, in *Œuvres chirurg. complètes*, trad. de Chassaignac et Richelot, pag. 357.

Après la section de la peau, il faudrait redoubler de précautions pour mettre le sac à découvert. En continuant à inciser directement de dehors en dedans, on pourrait pénétrer plus loin que la cavité du sac ; mieux vaudrait donc soulever avec une pince à dissection les feuillets celluleux sous-cutanés, les inciser avec le bistouri porté à plat, et achever leur section sur la sonde cannelée.

Une fois le sac mis à nu, il faudrait l'ouvrir aussi en dédolant, comme les couches celluleuses sus-jacentes, en se servant de préférence, pour agrandir l'incision, d'une paire de ciseaux mousses.

Après l'ouverture du sac, la chose importante serait de constater, à l'aide du doigt glissé entre l'intestin et l'ouverture aponévrotique du transverse, le siége de l'étranglement. Est-il au collet du sac, comme c'est la règle, à quelques exceptions près pour les autres hernies? est-il à l'anneau fibreux? Dans le premier cas, sur l'ongle du doigt explorateur laissé en place, on glisserait à plat, avec beaucoup de précautions, un bistouri boutonné droit, entouré d'une bandelette de linge ou de sparadrap, jusqu'à un centimètre et demi environ de son extrémité, et quand il aurait pénétré de quelques millimètres, on retournerait son tranchant vers le point à sectionner, qu'on diviserait en retirant l'instrument à soi. Le bistouri droit serait, ce nous semble, plus commode que le bistouri concave de Pott, de J.-L. Petit, d'A. Cooper, de Dupuytren..... Comme conducteur, on pourrait aussi se servir d'une sonde cannelée, en ayant soin, comme nous l'avons vu faire à M. le professeur Benoît, de placer sous elle, et dans une direction perpendiculaire, une spatule confiée à un aide, destinée à protéger l'anse intestinale. Ce petit moyen est assurément très-pratique ; tous les médecins n'ont pas à leur disposition la sonde ailée de Méry, de Vidal, ou le bistouri de M. Chaumas, qui porte sur son bord dorsal une plaque protectrice. Si l'étranglement siégeait au collet du sac, il n'y aurait pas à se préoccuper de la situation des vaisseaux.

Au contraire, si l'étranglement était produit par l'ouverture aponévrotique du transverse, le rapport des vaisseaux avec cet

anneau fibreux mériterait d'être pris en sérieuse considération. Théoriquement, nous croyons, et nous émettons cette opinion sous toute réserve, que l'étranglement de la hernie lombaire doit pouvoir plutôt se produire par l'anneau fibreux que par le collet du sac, surtout si la tumeur est récente. En effet, cet anneau fibreux résultant de l'éraillement des fibres de l'aponévrose postérieure du transverse, présente deux lèvres, l'une supérieure, l'autre inférieure, dont le rapprochement doit se faire d'une manière plus ou moins exacte, quand la portion charnue du transverse se contracte, tout comme se rapprochent les bords d'une boutonnière d'habit quand on tire sur ses angles. Heureusement cette constriction, quoique fréquente, n'est que momentanée. Mais, enfin, en se prolongeant au-delà de sa durée ordinaire, ou en se répétant trop souvent, la contraction du muscle transverse peut bien, ce nous semble, amener un état congestif et, par conséquent, une augmentation de volume de la hernie, d'où son étranglement contre les bords de l'anneau fibreux. C'est probablement cette idée qui a conduit A. Cooper à considérer les moyens médicamenteux habituellement sans effet, dans les cas de hernie crurale ou inguinale étranglées, comme plus efficaces contre l'étranglement des hernies ventrales.

Quoi qu'il en soit de cette explication, qui tend à faire revivre l'étranglement spasmodique admis par Richter, à laquelle nous tenons fort peu du reste, dans quelle direction faut-il porter le bistouri, pour débrider la hernie lombaire étranglée par l'ouverture aponévrotique du transverse? D'après le trajet que nous avons reconnu aux vaisseaux de la région, d'après la disposition qu'ils affectent avec les orifices fibreux du transverse, nous croyons pouvoir conseiller le débridement en haut et en avant. Il nous semble, en effet, qu'il doivent toujours, dans la plupart des cas au moins, se trouver en bas et en arrière de la tumeur. Leur obliquité de haut en bas et d'arrière en avant, peut nous autoriser à penser ainsi. Du reste, si la dissection opératoire faisait découvrir un vaisseau de ce côté, il faudrait débrider ailleurs. La rareté de ces hernies, la rareté plus grande encore

de leur étranglement, n'a pas encore permis de soumettre leur débridement à un manuel opératoire réglé.

L'obstacle à la rentrée de la hernie étant enlevé, et la réduction étant faite, si on jugeait devoir la faire, le pansement serait des plus simples. Quelques points de suture entrecoupée, faite de préférence avec des fils métalliques profondément implantés, un ou deux plumasseaux cératés, un bon gâteau de charpie, quelques compresses longuettes et un bandage de corps bien appliqué, composeraient tout le pansement.

Quant aux soins consécutifs, ils ne sauraient différer de ceux qui doivent être pris après toute opération de kélotomie. Rappelons seulement qu'il ne faut pas se presser, comme on le fait trop souvent, d'administrer un purgatif, et qu'il vaut mieux prescrire l'opium, pour calmer les mouvements antipéristaltiques de l'intestin. Cet agent thérapeutique, en paralysant la fibre musculaire de l'intestin, en condamnant cet organe au repos, peut seul prévenir les accidents ultérieurs. C'est une remarque fort judicieuse que M. le professeur Courty a faite bien souvent, à propos de toutes les opérations qu'on pratique sur les viscères abdominaux.

Telles sont les considérations que nous avons cru devoir placer après l'observation de hernie lombaire que nous avons rapportée. Nous ne nous dissimulons pas les nombreuses imperfections contenues dans ce travail, que nous prions nos lecteurs de ne considérer que comme une ébauche. Ce sujet n'a pas été traité, que nous sachions ; il est encore à l'étude. L'anatomie pathologique, sans le flambeau de laquelle la chirurgie ne saurait faire un pas, nous fait encore complètement défaut. Il faut donc attendre de nouvelles recherches. Puissions-nous plus tard combler quelques-unes des lacunes qui restent !

Extrait du MONTPELLIER MÉDICAL. — Avril et Juin 1866.

Montpellier. — Typ. BOEHM et FILS.